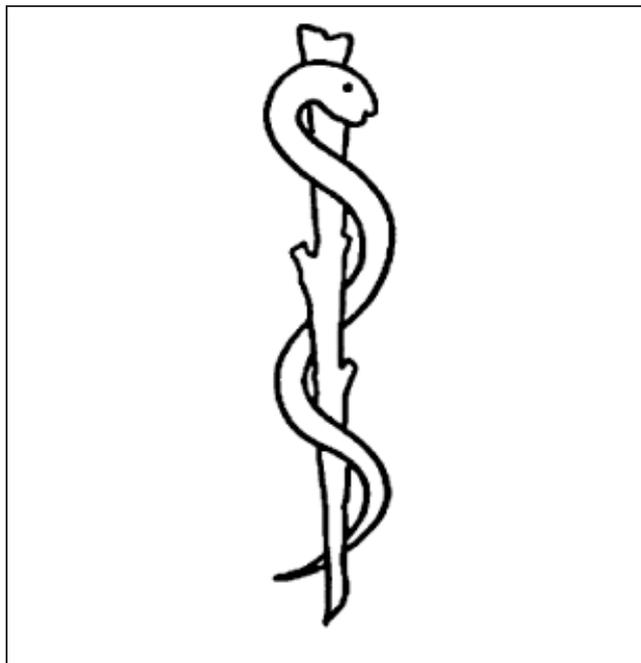


UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA DE SAÚDE

PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO
Lato Sensu – RESIDÊNCIA MÉDICA



DIA - 22/01/2015

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ENDOCRINOLOGIA



PROCESSO SELETIVO PARA PÓS-GRADUAÇÃO *Lato Sensu* – RESIDÊNCIA MÉDICA

22 de janeiro de 2015

ENDOCRINOLOGIA

GABARITO DO CANDIDATO

| | | | | |
|----|----|----|----|----|
| 01 | 11 | 21 | 31 | 41 |
| 02 | 12 | 22 | 32 | 42 |
| 03 | 13 | 23 | 33 | 43 |
| 04 | 14 | 24 | 34 | 44 |
| 05 | 15 | 25 | 35 | 45 |
| 06 | 16 | 26 | 36 | 46 |
| 07 | 17 | 27 | 37 | 47 |
| 08 | 18 | 28 | 38 | 48 |
| 09 | 19 | 29 | 39 | 49 |
| 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |

Endocrinologia

01 Pacientes portadores de AIDS apresentam algumas anormalidades endócrinas e metabólicas. Dentre elas podemos citar EXCETO:

- a) Entre 10 e 15% dos pacientes apresentam distúrbios na tireoide sendo o mais comum o hipertireoidismo sub-clínico.
- b) Em pacientes mais graves o hipogonadismo hipergonadotrófico pode acometer quase 50% dos homens.
- c) A Síndrome de Secreção Inadequada de Hormônio Antidiurético pode acontecer na doença avançada sendo causa principal da hiponatremia.
- d) Em pacientes submetidos a TARV é comum o aumento de gordura mesentérica sendo que cerca de 20% deles preenchem critério para Síndrome Metabólica.
- e) A síndrome da lipodistrofia da AIDS caracteriza-se por aumento da gordura truncal eventualmente com giba semelhante a do paciente com síndrome de Cushing, com atrofia da gordura em face e nádegas.

02 Paciente portador de pré-diabetes diagnosticado por um teste de tolerância à glicose com glicemia de 156 mg/dl na segunda hora. De acordo com as evidências, são eficazes para prevenir a progressão para diabetes os seguintes esquemas:

- I) Mudança de estilo de vida;
- II) Metformina;
- III) Inibidores de DPP4;
- IV) Acarbose;
- V) Inibidores da sglt2;
- VI) Sulfonilureias.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) assertiva(s):

- a) I e II.
- b) I, II e III.
- c) I, II e IV.
- d) I.
- e) I, II, V e VI.

03 Paciente portador de diabetes tipo 2, 56 anos, em uso de glibenclamida 5 mg 2x dia, metformina 1g a noite, procura ambulatório com HbA1c de 7,8 e com as seguintes glicemias capilares

| Antes do café | Uma hora após | Antes do almoço | Uma hora após | Antes do jantar | Uma hora após | Ao deitar | 3 horas |
|---------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------|---------|
| 204 | 120 | 90 | 100 | 88 | 110 | 95 | 100 |

A seguintes opções terapêuticas podem ser usadas:

- I) Aumentar a dose de glibenclamida;
- II) Aumentar a dose de metformina;
- III) Associar acarbose;
- IV) Associar inibidor de DPP4;
- V) Associar insulina NPH bed-time;
- VI) Suspender glibenclamida e metformina e fazer insulina NPH manhã e noite.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) assertiva(s):

- a) I e II.
- b) III e V.
- c) II, V e VI.
- d) II e IV.
- e) V.

04 Paciente portador de diabetes tipo 2 em uso de Insulina NPH 30 unidades no café e 10 unidades ao deitar e Insulina Regular 5 unidades antes do café almoço e jantar, procura atendimento com o seguinte perfil glicêmico:

| Antes do café | Uma hora após | Antes do almoço | Uma hora após | Antes do jantar | Uma hora após | Ao deitar | 3 horas |
|---------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------|---------|
| 95 | 180 | 52 | 170 | 58 | 170 | 65 | 100 |

A melhor conduta terapêutica é:

- a) Trocar a insulina NPH por insulina Glargina ou Detemir.
- b) Trocar a insulina Regular por insulina Aspart ou Lispro.
- c) Aumentar a insulina NPH.
- d) Diminuir a insulina Regular.
- e) Trocar a insulina por Inibidor de DPP4.

05 Observe a tabela abaixo.

| | OddsRatio | 95% CI | p |
|--|-----------|-----------|---------|
| Síndrome metabólica | 2,01 | 1,53-2,64 | <0,0001 |
| Componentes da síndrome | | | |
| Obesidade abdominal | 1,15 | 0,86-1,54 | 0,3475 |
| Hipertrigliceridemia | 1,51 | 1,04-2,20 | 0,0311 |
| HDL baixo | 1,41 | 1,03-1,95 | 0,0353 |
| Hipertensão arterial | 1,42 | 0,94-2,15 | 0,0947 |
| Resistência à insulina | 1,25 | 0,92-1,71 | 0,1461 |
| Risco de IAM nos pacientes com síndrome metabólica. <i>Ninomiya JK, Circulation 2004</i> | | | |

É possível afirmar que, EXCETO:

- A síndrome metabólica aumenta o risco de infarto em mais de 200%.
- De acordo com este estudo, não é possível afirmar que o risco de IAM em pacientes com hipertensão arterial não seja devido ao acaso.
- De acordo com este estudo, é possível afirmar que a hipertrigliceridemia isolada é fator de risco para IAM na população geral.
- De acordo com este estudo, é possível afirmar que todos os componentes da síndrome aumentam o risco de IAM.
- De acordo com este estudo, é possível afirmar que o aumento de peso está relacionado ao maior risco de IAM.

06 Devemos investigar baixa estatura em todas as crianças que apresentem as seguintes características, EXCETO:

- Estatura abaixo do percentil 3.
- Velocidade de crescimento menor que o percentil 3 por mais de 6 meses ou menor que o percentil 25 por 2 anos.
- Altura abaixo do potencial genético (abaixo de 1 desvio padrão em relação à média da altura dos pais).
- Retardo da idade óssea em relação a idade estatural.
- Mudanças na linha de percentis no gráfico de crescimento para um percentil inferior após a idade de 18 a 24 meses.

07 São causas não endócrinas de baixa estatura EXCETO:

- Desnutrição.
- Doenças hepáticas crônicas.
- Anemia falciforme.
- Síndrome de Beckwith-Wiedemann.
- Síndrome de Turner.

08 Alterações do metabolismo lipídico são comuns em pacientes portadores de AIDS. Sobre estas alterações podemos afirmar EXCETO:

- Nas fases iniciais da doença, em pacientes não expostos ao tratamento, observa-se redução do colesterol total e da fração HDL.
- Em pacientes usando TARV acontece mudança do fenótipo das LDL que se tornam maiores e mais densas, aumentando seu potencial aterogênico.
- A associação de Inibidores da Protease com Ritonavir agrava a dislipidemia.
- A coadministração de Efavirenz com estatinas reduz as concentrações séricas de atorvastatina, sinvastatina e pravastatina por meio da indução do CYP3A4.
- A associação com Ritonavir com rosuvastatina aumenta a concentração sérica desta última em mais de duas vezes.

09 São causas de hiponatremia EXCETO:

- a) Preparação para colonoscopia.
- b) Diabetes insipidus gestacional.
- c) Ingestão de ecstasy.
- d) Ingestão de cerveja.
- e) Dieta vegetariana.

10 No hiperaldosteronismo, o distúrbio eletrolítico mais comum é:

- a) Hiponatremia.
- b) Hipomagnesemia.
- c) Hipocloremia.
- d) Hipocalemia
- e) Hipercalcemia.

11 Paciente com 68 anos, portador de diabetes tipo 2, procura a UPA por apresentar tosse produtiva e febre há 48 horas. O paciente encontra-se taquipnéico (34 incresp/min); lúcido, orientado, hidratado. PA 140x70 mmHg. Os exames laboratoriais são: glicemia 280 mg/dl; ureia 49 mg/dl; K 4,5 mEq/L; Na 145 mEq/L; hemograma com leucocitose e desvio à E. O RX é compatível com pneumonia. O melhor tratamento é:

- a) Tratamento ambulatorial com Azitromicina 500 mg em dose única.
- b) Tratamento ambulatorial com Levofloxacino 750 mg/dia.
- c) Internado em enfermaria com Levofloxacino 750 mg/dia.
- d) Internado em UTI com Ceftriaxona 2 g/dia, IV.
- e) Internado em UTI com amoxicilina 1 g 3x/dia.

12 Sobre a fisiopatologia da infecção do trato urinário (ITU), assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Na maioria dos pacientes, as ITUs resultam da colonização da urina por bactérias fecais de crescimento anaeróbio.
- b) Bacteriúria em homens sempre deve ser considerado um achado anormal que resulta com muita frequência, em infecções complicadas
- c) Em gestantes e pacientes portadores de DM₂, há evidências que a bacteriúria assintomática é um forte preditor de infecções sintomáticas subsequentes.
- d) O cateterismo vesical determina bacteriúria ou fungiúria em todos os pacientes com cateter vesical por mais de uma semana.
- e) A pielonefrite resulta de uma bacteriúria ascendente proveniente da bexiga, via ureter, para a pelve e o parênquima renais.

13 Sobre a etiologia microbiana da ITU recorrente, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Espécies como Klebsiella e Providencia stuartii são comuns.
- b) Em pacientes com cateteres vesicais, especialmente em ambiente hospitalar ou clínicas de repouso, Acinetobacter baumannii e Serratia marcescens são microorganismos frequentes.
- c) Em tais pacientes, a E. coli é responsável por apenas 20% das infecções.
- d) O isolamento de Proteus mirabilis pode indicar a presença de cálculos renais ou tumor.
- e) Espécies de Proteus são comuns na microbiota do prepúcio masculino.

14 Sobre o tratamento da ITU, assinale a resposta INCORRETA:

- a) O tratamento inicial deve ser empírico.
- b) Na cistite, trimetoprima, sulfametoxazol-trimetoprim e fluoroquinolonas são tratamentos efetivos e um curso de três dias é recomendado.
- c) Na pielonefrite, o tempo recomendado de tratamento ainda é de 14 dias.
- d) A bacteriúria em pacientes com cateteres deve ser sempre tratada, independente de dados clínicos.
- e) Uma etiologia relativamente nova de urosepse são os enterococos resistentes à vancomicina.

15) Sobre choque séptico, assinale a alternativa correta:

- a) O choque séptico ativa o sistema de coagulação e, em última análise, converte fibrina em fibrinogênio, que é ligado às plaquetas para formar trombos.
- b) O choque séptico aumenta as concentrações dos anticoagulantes naturais.
- c) A hipóxia tecidual ativa a inflamação, neutrófilos, monócitos e plaquetas e induz a fator indutor de hipóxia, o qual eleva a eritropoietina.
- d) O choque séptico é a forma clássica do choque distributivo, caracterizado por pressão de pulso e resistência vascular sistêmica diminuídas e hipovolemia.
- e) A pós-carga ventricular está aumentada em virtude da liberação excessiva de vasodilatadores como o óxido nítrico.

16) Sobre a terapia anti-helmíntica, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O albendazol é eficaz contra o *Enterobius vermicularis* em dose única, que deve ser repetida após duas semanas.
- b) O albendazol é a droga de escolha para triquinose.
- c) A ivermectina é uma alternativa ao albendazol no tratamento do *T. trichiura*, mas não é recomendada no tratamento do *S. stercoralis*.
- d) O mebendazol oral, na dose de 100 mg duas vezes ao dia, por três dias tem um espectro semelhante ao albendazol contra ancilostomídeos.
- e) O mebendazol é efetivo contra oxiúros na dose de 100 mg via oral, seguida de uma segunda dose duas semanas após.

17) Sobre as diversas formas de amebíase, assinale a resposta correta:

- a) Diarreia amebiana com disenteria é a doença amebiana mais comum.
- b) O início dos sintomas na colite amebiana é normalmente abrupto, com sensibilidade abdominal e diarreia.
- c) Em crianças, a dor abdominal é relatada com frequência nos casos de abscesso hepático amebiano.
- d) A morte por abscesso hepático amebiano pode ser causada por dano hepático extenso e insuficiência hepática.
- e) Amebíase pericárdica é a forma mais comum de amebíase extra-intestinal.

18) Em relação à fisiopatologia e manifestações clínicas da estrogiloidíase, marque a resposta INCORRETA:

- a) As principais complicações decorrentes dessa condição ocorrem em indivíduos com imunodeficiência mediada por células.
- b) A síndrome da imunodeficiência adquirida avançada não está associada à estrogiloidíase disseminada.
- c) A estrogiloidíase disseminada geralmente vem acompanhada de sepse bacteriana.
- d) Complicações frequentes da doença disseminada incluem hemorragia alveolar.
- e) A ascite está associada a uma alta taxa de mortalidade.

19) Sobre pneumonia pneumocócica, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O pneumococo é a causa de aproximadamente 60% dos casos de pneumonias adquiridas na comunidade.
- b) Fatores de risco para pneumonia pneumocócica incluem demência, alcoolismo, diabetes e cirrose.
- c) A resistência dos pneumococos aos antibióticos beta lactâmicos deve-se unicamente à presença de proteínas ligantes de penicilina de baixa afinidade.
- d) Cerca de 20% dos pacientes apresentam sintomas gastrointestinais.
- e) O envolvimento é unilateral em metade dos casos.

20) A legionelose é o termo usado para definir a infecção devido à bactéria do gênero *Legionella*, da qual existem duas manifestações, a pneumonia e a febre de Pontiac. Sobre a primeira manifestação, assinale a resposta INCORRETA:

- a) A tosse é não produtiva em 50% dos pacientes.
- b) A confusão mental é comum e pode ocorrer ataxia cerebelar, epilepsia ou encefalite.
- c) A cultura de escarro apresenta sensibilidade baixa, mas é 100% específica.
- d) Os lobos inferiores são geralmente os mais acometidos.
- e) A cavitação é frequente.

21 Paciente de 36 anos, sexo feminino, sem queixas, procura seu ginecologista para consulta de rotina e o mesmo após examinar sua tireóide pede uma ultrassonografia (USG) que mostrou um nódulo hipoeecogênico, de contornos regulares, com 0,4 cm no maior diâmetro, com vasos periféricos e sem microcalcificações. O TSH também foi solicitado e veio dentro dos limites da normalidade. A paciente não tem antecedentes de doença tireoidiana na família. Diante dessa paciente e considerando a melhor conduta a ser seguida, assinale a alternativa correta:

- a) A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por USG está indicada, pois todo nódulo hipoeecóico deve ser puncionado.
- b) A PAAF não está indicada porque trata-se de um nódulo menor que 5 mm.
- c) A PAAF não está indicada porque a paciente é do sexo feminino e nesses casos o risco de malignidade é muito baixo.
- d) A PAAF não está indicada porque o nódulo não apresenta nenhuma característica ultrassonográfica sugestiva de malignidade.
- e) A PAAF somente deve ser indicada após ser realizada uma cintilografia de tireóide com I^{131} .

22 Paciente de 75 anos, sexo masculino, hipertenso há 15 anos, adequadamente controlado, descobre ser portador de hipotireoidismo durante exames de rotina solicitados pelo seu cardiologista. O paciente não tem nenhuma queixa. O cardiologista decide não mandá-lo ao endocrinologista, inicia levotiroxina (T_4) 75 mcg/dia e orienta que ele retorne dentro de dois meses para outra consulta trazendo novos exames. Considerando a conduta do cardiologista, assinale a resposta correta:

- a) A dose iniciada está correta.
- b) A dose não está correta porque, como se trata de um paciente com mais de 60 anos e, conforme a diretriz atual, deveria ser iniciada uma dose de 12,5 a 25 mcg de levotiroxina.
- c) O paciente não deve ser tratado pois não tem queixas.
- d) O tratamento foi iniciado na dose correta, porém o retorno com novos exames deve ser agendado para seis meses, pois esse é o tempo ideal para obter a normalização dos níveis hormonais.
- e) O ideal nesse caso seria iniciar o tratamento com T_3 , pois a normalização dos hormônios seria mais rápida.

23 Sobre hipertireoidismo, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) O tratamento com drogas antitireoideanas é eficaz no tratamento do hipertireoidismo por doença de Graves e pode ser utilizado como tratamento inicial.
- b) Devido aos seus potenciais efeitos hepatotóxicos, o propiltiouracil não deve ser utilizado como droga de primeira escolha, exceto nos casos de hipertireoidismo grave, crise tireotóxica e no primeiro trimestre da gestação.
- c) A prescrição de betabloqueadores está indicada em pacientes sintomáticos com diagnóstico de hipertireoidismo por doença de Graves.
- d) A solicitação do TRAB é essencial para a confirmação do diagnóstico de hipertireoidismo por doença de Graves.
- e) O mixedema pré-tibial é uma manifestação rara da doença de Graves.

24 Sobre o tratamento com I^{131} no hipertireoidismo por doença de Graves, assinale a resposta INCORRETA:

- a) Pode ser utilizado como tratamento inicial.
- b) É administrado por via endovenosa, em dose fixa ou calculada.
- c) É contra-indicado na presença de lesão suspeita ou confirmada de câncer de tireóide.
- d) Aproximadamente 20% dos pacientes tratados com I^{131} apresentam falha terapêutica.
- e) Quando o hipertireoidismo persiste seis meses após o tratamento com I^{131} , uma nova dose deve ser considerada.

25 A hipertensão arterial sistólica isolada (sistólica ≥ 140 e diastólica < 90 mmHg) é mais comum em idosos devido:

- a) Aumento dos níveis de potássio.
- b) Aumento dos níveis de sódio.
- c) Redução da complacência vascular.
- d) Aumento da complacência vascular.
- e) Diminuição dos níveis de potássio.

26 Paciente do sexo masculino, 40 anos, foi atendido no ambulatório queixando-se de crises hipertensivas, acompanhadas de sudorese, taquicardia, palidez e cefaleia nos últimos 6 meses. Ao exame físico a PA era 140x90 mmHg e a única alteração era um nódulo em torno de 2,0 cm no lobo direito da tireoide. Apresentou exames solicitados pelo clínico: creatinina 1,0 mg/dL, K 4,5 mg/dL, glicose 110 mg/dL, cálcio 11,5 mg/dL (normal até 11,0), PTH 150 pg/mL (normal até 70) e calcitonina 25 pg/mL (normal até 8,4). Marque a afirmativa correta.

- a) Provavelmente é portador de Neoplasia Endócrina Múltipla 2A.
- b) Provavelmente é portador da Síndrome de Von Hippel-Lindau.
- c) Provavelmente é portador da doença de Von Recklinghausen.
- d) Provavelmente é portador de mutações do complexo mitocondrial II.
- e) Provavelmente é portador de mutações inativadoras do gene SDH5.

27 Paciente do sexo feminino, 27 anos, é atendida devido a história de hipertensão arterial, fraqueza muscular, parestesias, tetania e poliúria. Ao exame físico: PA 150x100 mmHg há 3 meses e sinais de Trousseau e Chvostek positivos. Marque a afirmativa INCORRETA.

- a) A principal hipótese diagnóstica seria hiperaldosteronismo primário.
- b) É provável que o potássio esteja elevado.
- c) A atividade plasmática de renina encontra-se baixa.
- d) Os níveis de aldosterona provavelmente encontram-se elevados.
- e) Poderia encontrar-se com alcalose metabólica.

28 Paciente do sexo masculino, 52 anos é atendido em hospital com quadro de fadiga, dispneia, ortopneia e edema periférico. Ao exame físico apresentava distensão jugular, congestão pulmonar, hepatomegalia, e taquicardia. Quanto a radiografia e exame laboratorial é INCORRETA a afirmativa:

- a) Apresenta na radiografia linhas B de Kerley.
- b) Apresenta na radiografia derrame pleural.
- c) A radiografia pode revelar cardiomegalia.
- d) O peptídeo natriurético tipo B (BNP) diferencia as causas cardíacas de dispneia das pulmonares.
- e) O BNP encontra-se diminuído nas dispneias de origem cardíaca.

29 Quanto ao Infarto Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST é INCORRETO afirmarmos:

- a) As troponinas T e I cardíacas são altamente específicas de lesão do miocárdio.
- b) As troponinas são os marcadores bioquímicos preferidos para o diagnóstico de IAM.
- c) A CPK total aumenta em 4 a 8 h e atinge um pico em 24 h.
- d) A CPK – MB atinge um valor máximo mais tarde (cerca de 24 h) após terapia de reperfusão aguda
- e) A CPK – MB é mais específica do IAM, mas também pode ficar elevada na miocardite ou após cardioversão elétrica.

30 A Insuficiência Renal Aguda é classificada em três categorias amplas (insuficiência pré-renal, renal intrínseca e pós-renal). As causas da insuficiência renal intrínseca dependem do contexto clínico. Entre pacientes hospitalizados, principalmente em serviço cirúrgico ou UTI o diagnóstico mais comum é:

- a) Necrose tubular aguda.
- b) Diarreia e vômitos.
- c) Hemorragia gastrointestinal.
- d) Volume arterial reduzido.
- e) Obstrução do trato urinário.

31 A doença renal crônica (DRC) afeta milhões de pessoas, independente do grupo étnico ou racial. O Diabetes é a causa mais frequente de DRC grave e em países ocidentais, é a principal causa de doença renal terminal. Referente a Nefropatia Diabética é INCORRETA a afirmativa:

- a) Tem prevalência em torno de 20% a 40%.
- b) Ocorre em diabetes tipo 1 e 2, mas também em diabetes secundário, como pós- pancreatite ou pancreatectomia.
- c) A lesão classicamente descrita com característica da nefropatia diabética é a glomeruloesclerose nodular, denominada lesão de Kimmelstiel-Wilson.
- d) As alterações mais tardias são o aumento da matriz extracelular e a hipertrofia das células mesangiais.
- e) A hiperglicemia reduz a expressão da integrina e altera a estrutura, função e número das células epiteliais glomerulares, chamadas de podócitos, que cobrem a membrana basal glomerular.

32] Paciente é atendido na emergência com quadro clínico de Pancreatite aguda. Apenas uma afirmativa quanto as manifestações clínicas, laboratoriais e de imagens é INCORRETA:

- a) Pode apresentar Sinal de Cullen.
- b) Pode apresentar Sinal de Turner.
- c) Hipercalemia ocorre em cerca de 35% dos pacientes.
- d) Elevações significativas da LDH sérica estão associadas ao aumento de mortalidade.
- e) O pH arterial < 7,32 pode acarretar uma elevação espúria da amilase sérica.

33] Paciente é atendido no ambulatório com quadro clínico clássico de Pancreatite Crônica. É INCORRETA a afirmativa:

- a) O alcoolismo crônico é a causa mais frequente da insuficiência exócrina pancreática em adultos norte-americanos.
- b) Não há teste laboratorial específico.
- c) O teste da excreção D-Xilose costuma ser normal.
- d) As radiografias simples de abdome revelam calcificações em 30 a 60% dos casos.
- e) A tolerância à glicose raramente está presente na pancreatite crônica.

34] Os pacientes hipertensos devido ao hiperaldosteronismo primário não apresentam edema, exceto se houver nefropatia ou insuficiência renal associadas. Isso provavelmente se deve:

- a) A um excesso de aldosterona inativa quanto a ação sobre os receptores vasculares a nível renal.
- b) A um "escape" em que os efeitos retentores de sódio do excesso de mineralocorticoides são contrabalançados pelo aumento da produção hormônio atrial natriurético.
- c) A um predomínio da ação da desoxicorticosterona que não teria um efeito significativo na retenção de sódio.
- d) A uma maior resistência dos receptores vasculares do rim aos mineralocorticoides.
- e) A níveis de pressão arterial moderadamente elevadas.

35] Qual o anti-hipertensivo de primeira escolha para o tratamento inicial do paciente portador de diabetes mellitus?

- a) Tiazídicos.
- b) Betabloqueadores.
- c) Antagonistas do cálcio.
- d) Inibidores adrenérgicos de ação central.
- e) Inibidores da enzima conversora de angiotensina.

36] A hipertensão arterial ocorre em 75% a 80% dos pacientes com Síndrome de Cushing. Sobre os mecanismos da hipertensão marque a afirmativa INCORRETA.

- a) Aumento da produção de desoxicorticosterona.
- b) Sensibilidade pressórica aumentada para vasoconstrictores endógenos, noradrenalina e angiotensina II.
- c) Diminuição do débito cardíaco.
- d) Aumento da produção hepática de angiotensinogênio.
- e) Ativação do sistema renina-angiotensina.

37] Os casos fatais de infarto agudo do miocárdio são duas vezes mais elevados em pacientes com diabetes do que em pacientes sem diabetes. Sobre as causas responsáveis pelos piores resultados, marque a afirmativa INCORRETA.

- a) Aumento do risco de ICC devido a remodelação mal adaptativa do ventrículo esquerdo.
- b) Aumento do risco de morte súbita, devido a desequilíbrio simpato-vagal, como consequência de neuropatia periférica.
- c) Aumento da probabilidade de reinfarto precoce, devido à alteração da fibrinólise.
- d) Doença coronariana extensa subjacente.
- e) Miocardiopatia associada.

38) Homem de 49 anos, com história de hipertensão há 3 anos em uso de enalapril 10 mg de 12/12 h e gastrite (SIC). Procura hospital com queixas de fraqueza, falta de ar aos médios esforços e dores em membros inferiores de leve intensidade. Ao exame físico apresenta-se hipocorado (2+/4+), sem outras alterações. Em hemograma realizado no pronto socorro, o resultado mostrou: Hemoglobina: 10g%, Hematócrito: 34%, VCM: 75 HCM 28, Leucócitos totais: 3900, Plaquetas: 393.000, Reticulócitos: 2,0%. Em relação ao quadro apresentado, marque a afirmativa correta:

- a) Pela reticulocitose apresentada, devemos pensar em anemia hemolítica com provável hemólise intravascular.
- b) Talassemia e anemia sideroblástica são diagnósticos possíveis no caso acima e devem ser investigados.
- c) A microcitose e a reticulocitose apresentadas indicam deficiência de ferro.
- d) O exame mais importante que deve ser feito em seguida é a colonoscopia.
- e) Dosagem de ferro sérico, vitamina B12 e folato são imprescindíveis para o diagnóstico.

39) Paciente masculino de 82 anos, com história prévia de hipertensão e diabetes, apresentou sensação de fraqueza em hemisfério esquerdo, desorientação e desvio do olhar conjugado para a direita há cerca de 6 horas da admissão. Familiares referiram 2 episódios de dormência e fraqueza em hemisfério esquerdo nos últimos 10 dias, de curta duração. Ao exame: Consciente, sonolento, orientado. PA – 185x110 mmHg, FC: 92 bpm, FR.: 14 irpm, Temperatura: 36,5°C. Hemiparesia fácio-bráquio-crural à esquerda, com desvio do olhar conjugado para a direita. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. A sequência mais adequada de medidas no pronto atendimento para esse paciente seria:

- a) Oxigênio sob cateter nasal, tomografia de crânio sem contraste, ecocardiograma e Doppler de carótidas.
- b) Dexametasona, fenitoína, tomografia de crânio sem contraste e ecocardiograma.
- c) Oximetria de pulso, acesso venoso calibroso, tomografia de crânio sem contraste e trombolítico EV (rt-PA.)
- d) Oximetria de pulso, glicemia capilar, acesso venoso calibroso e tomografia de crânio sem contraste.
- e) Glicemia capilar, acesso venoso calibroso, manitol e tomografia de crânio sem contraste.

40) Após realização de tomografia de crânio sem contraste que mostrou insulto isquêmico fronto-parietal direito, qual seria a melhor alternativa em relação ao manejo da pressão arterial deste paciente?

- a) Deve ser mantida abaixo de 160x90 mmHg com o uso de medicação oral.
- b) Deve ser tratada com Nitroprussiato de sódio venoso, pelo risco de transformação hemorrágica com os níveis pressóricos apresentados.
- c) Não deve ser reduzida neste momento pelo risco de hipofluxo sanguíneo cerebral.
- d) Deve ser tratada com Nitroprussiato de sódio venoso pois valores acima de 180x100 mmHg estão associados a maior risco de edema cerebral.
- e) Pode ser tratada, desde que precedido por aplicação de manitol.

41) Paciente de 32 anos, chega ao pronto socorro de um hospital de médio porte apresentando quadro de cefaleia intensa, febre, mal estar e náuseas, que iniciou há 36 h e vem piorando progressivamente. Nas últimas 12 h apresentou 3 episódios semelhantes a crise convulsiva segundo os familiares e agora encontra-se um pouco sonolento. Ao exame apresenta-se eupneico, torporoso, febril, pupilas dilatadas e pouco reagentes. Familiares relatam que o mesmo é tabagista e etilista crônico há cerca de 9 anos, mas há 2 meses não ingeria bebida alcoólica. PA: 130x85 mmHg, T: 38,4°C, Fc: 98 bpm, FR.: 14 irpm. Rigidez de nuca com sinal de Brudzinski positivo. Sobre as medidas emergenciais que devem ser adotadas nesse paciente, assinale a INCORRETA:

- a) Coletar hemoculturas caso haja possibilidade e Iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona + Vancomicina imediatamente.
- b) Hidratação do paciente com solução isosmolar, com cuidado para evitar hiperidratação, que pode levar a edema cerebral
- c) Providenciar transferência imediata para centro de referência para realizar tomografia computadorizada e punção líquórica.
- d) Prescrição de hidantoína ou fenobarbital para controle das crises convulsivas.
- e) Infusão de manitol 0,5-1 g/kg EV seguido da dose de manutenção.

42) A punção líquórica do paciente acima mostrou o seguinte resultado: aspecto turvo, Celularidade: 750 células/mm³ com 80% de neutrófilos, Glicose: 35 mg/dl, Proteínas: 40 mg/dl. Considerando o quadro clínico e laboratorial, qual dos fatores abaixo NÃO é marcador de mau prognóstico?

- a) História de etilismo crônico.
- b) Sinais clínicos sugestivos de aumento da pressão intracraniana.
- c) Rebaixamento do nível de consciência na admissão.
- d) Dosagem de glicose no Líquor < 40 mg/dl.
- e) Convulsões no início do quadro.

43. Homem de 72 anos, hipertenso, vai ao seu clínico geral com queixas de astenia e dispneia aos grandes esforços há cerca de 6 meses. Apresenta palidez cutâneo-mucosa (2+/4+), sopro sistólico na ausculta cardíaca e frequência cardíaca de 96 bpm. Tem uma retossigmoidoscopia normal e traz um hemograma feito recentemente com o seguinte resultado: Hemácias: 3.020.000, Hemoglobina: 8,9 g/dl, Hematócrito: 33%, Leucócitos totais: 4.900 com contagem diferencial dentro da normalidade. Plaquetas: 460.000. VCM: 79, CHCM: 28. Julgue as afirmativas abaixo sobre o caso:

- I) Os índices hematimétricos sugerem anemia ferropriva, que deve ser confirmada através da dosagem de ferro sérico, capacidade total de ligação do ferro e ferritina, que provavelmente estarão diminuídos.
- II) Uma retossigmoidoscopia normal não descarta a possibilidade de adenocarcinoma de cólon como causa da anemia.
- III) Está indicada transfusão imediata de concentrado de hemácias.

Assinale a alternativa correta:

- a) I, II e III estão corretas.
- b) II e III estão corretas.
- c) Apenas III é correta.
- d) Apenas II é correta.
- e) Apenas I é correta.

44. Paciente de 61 anos, sexo feminino, em tratamento para HIV há 16 anos com antiretrovirais, hipertensa, refere que há cerca de 5 semanas passou a observar olhos amarelados, sensação de fraqueza e tontura. Familiares referem que a paciente vem um pouco desorientada nas últimas semanas e dormindo muito. Iniciou tratamento para Tuberculose com esquema padrão cujos nomes dos medicamentos os familiares não sabem informar há 3 meses.

Ao exame: Consciente, sonolenta, desorientada no tempo e no espaço, eupneica, ictérica (3+/4+), hipocorada (2+/4+). PA: 80x50 mmHg, FC: 62 bpm, FR: 16 irpm. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Foram realizados exames laboratoriais que mostraram: Hemoglobina: 9,5g%, Glicemia de jejum: 75 mg/dl, INR: 5,0. Leucócitos totais: 2900, Uréia: 78 mg/dl, Bilirrubina total: 21mg/dl, Plaquetas: 110.000, Creatinina: 2,2 mg/dl, Sódio: 135 mEq/L, Potássio: 2,9 mEq/L. Foi avaliada e diagnosticada como insuficiência hepática, com possível indicação de transplante hepático.

Das características abaixo apresentadas pela paciente, qual é CONTRA indicação ao procedimento?

- a) Hipertensão arterial.
- b) Insuficiência renal.
- c) Idade > 60 anos.
- d) Tuberculose.
- e) AIDS.

45. Em relação ao tratamento clínico da paciente acima, assinale a resposta INCORRETA:

- a) Deve-se realizar hidratação vigorosa para manter a euvolemia e realizar reposição de potássio.
- b) Infusão de Plasma fresco congelado (2 unidades de 6/6 h) para profilaxia de sangramento, já que o INR está maior que 3.
- c) Monitorização da glicemia de 2/2 h e correção com glicose hipertônica caso esteja menor que 65 mg/dl.
- d) Administração oral de lactulose para tratamento da encefalopatia.
- e) Dieta oral com baixo teor de proteínas.

46. Paciente de 25 anos, sabidamente portador de anemia falciforme desde a infância, chega no pronto socorro referindo dor torácica de forte intensidade há 24 h, tosse seca, dispneia e febre. Ao exame físico apresenta temperatura de 39°C e Saturação de oxigênio 88% em ar ambiente. Foi solicitado Raio-x de tórax que evidenciou opacidade em 2/3 inferiores de hemitórax direito.

Quanto as características e tratamento da condição apresentada pelo paciente acima, assinale a alternativa correta:

- a) É considerada a principal causa de morte entre adultos portadores de anemia falciforme.
- b) A hipoxemia e alterações radiológicas encontradas no paciente não são comuns nesta condição.
- c) Não existe indicação imediata de transfusão de concentrado de hemácias.
- d) Raramente está associada a pneumonia.
- e) O índice de mortalidade associado é alto, normalmente ultrapassando 40%.

47) Paciente de 61 anos, sem comorbidades diagnosticadas até então, é trazido ao hospital com história de diminuição da força em braço e perna direita há cerca de 1 hora. Ao exame físico encontra-se consciente, orientado, com déficit de força em hemicorpo direito. Sinais vitais: PA – 155x90 mmHg, FC: 88 bpm, FR.: 16 irpm, Saturação de O₂ em ar ambiente: 98%. Foi realizada tomografia de crânio sem contraste que não revelou alterações, além de exames laboratoriais que revelaram como alteração apenas glicemia de 155 mg/dl. Com o diagnóstico de acidente vascular encefálico isquêmico confirmado, uma das alternativas terapêuticas para o paciente em questão seria a utilização de agentes trombolíticos. Sobre essa alternativa terapêutica assinale a alternativa correta:

- a) Um dos critérios de inclusão para realização da trombólise é que o acidente vascular seja em território de artéria cerebral média.
- b) Assim como no infarto agudo do miocárdio, a estreptoquinase é a droga de escolha, por ter risco menor de causar hemorragia intracraniana.
- c) Deve ser administrado trombolítico no caso de início dos sintomas há menos de 8 horas.
- d) Se a opção de trombolítico for o rt-PA, a dose utilizada é de 0,3 mg/kg, sendo 10% da dose feita em bolus e o restante em bomba de infusão contínua.
- e) Entre os vários critérios de exclusão para realização da terapia trombolítica está a glicemia menor que 50 mg/dl ou maior que 400 mg/dl na admissão.

48) Paciente de 39 anos, portadora de sobrepeso, veio ao ambulatório com exames de rotina. Refere alimentação balanceada, mas não pratica atividade física há mais de 5 anos. No momento encontra-se assintomática.

Exame físico: IMC – 28 Kg/m², PA – 125x80 mmHg. Resultado de exames: Hemograma: normal, Triglicerídeos: 160 mg/dl, Glicemia de jejum: 91 mg/dl, Ácido úrico: 3,3 mg/dl, Colesterol total: 267 mg/dl, Ureia: 33 mg/dl, HDL: 37 mg/dl, Creatinina: 0,9 mg/dl, LDL: 198 mg/dl, TSH: 11,8 mcUI/ml, T4 livre: 0,99 ng/dl.

Em relação ao caso acima, assinale a resposta mais adequada:

- a) O tratamento inicial deve ser com estatina de alta potência, já que a paciente necessita de uma redução de mais de 50% no valor do LDL.
- b) Inicialmente deve-se apenas encorajar a paciente a realizar atividade física regular.
- c) O tratamento deve ser feito inicialmente com Levotiroxina e posterior reavaliação do perfil lipídico.
- d) Deve-se iniciar Levotiroxina com ciprofibrato.
- e) Deve-se iniciar Levotiroxina, estatina e fenofibrato.

49) Paciente diabético, 55 anos, tabagista, em uso de Metformina 850 mg/dia, vem para consulta de acompanhamento assintomático, trazendo exames solicitados na última consulta. Hemograma sem alterações, Colesterol total: 261 mg/dl, Glicemia de jejum: 123 mg/dl, HDL: 39 mg/dl, Glicemia pós-prandial: 140 mg/dl, Triglicerídeos: 155 mg/dl, Hemoglobina glicada: 7,5% LDL: 191 mg/dl, Sumário de urina normal. O médico assistente resolve iniciar uma estatina de alta potência para o paciente em questão. Sobre essa classe de drogas usada no tratamento da hipercolesterolemia, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Quando associada a um fibrato para tratamento da hipertrigliceridemia, a melhor opção seria o genfibrozil, pois essa associação não aumenta o risco de rabdomiólise.
- b) Pode causar elevações pequenas no HDL colesterol.
- c) Possui como efeito colateral mais temido a rabdomiólise, que acomete mais frequentemente pacientes renais crônicos, idosos ou portadores de hipotireoidismo.
- d) Algumas drogas da classe têm como características adicionais a capacidade de estabilização das placas, melhora da função endotelial e ação antioxidante.
- e) Mialgia é o efeito colateral mais comum da classe, e muitas vezes obriga o paciente a interromper o tratamento.

50) Qual seria a estatina mais indicada para o paciente acima, com a respectiva dose, considerando que ele NÃO tem evidência de doença arterial coronariana?

- a) Sinvastatina 20 mg/dia.
- b) Atorvastatina 10 mg/dia.
- c) Rosuvastatina 5 mg/dia.
- d) Sinvastatina 40 mg/dia.
- e) Rosuvastatina 20 mg/dia.

RASCUNHO

RASCUNHO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____ Carteira nº _____